

〈 医師与薬依頼書 〉

平成 年 月 日

学校法人正良学園アポロンの丘 園長様

園児名	
病名	
受診日	平成 年 月 日
与薬期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
与薬時間	・食前 ・食後 ・その他
与薬の種類	・粉 ・水薬(シロップ) ・錠剤 ・軟膏 ・点眼 ・点鼻 ・その他
与薬方法	
薬の管理方法	・室温 ・冷蔵庫 ・その他

病院名

担当医師名

⑩

電話番号

★与薬についての注意事項★

- ・薬は医師の指示による薬剤であること(一般販売薬はお受けできません)
- ・薬は一回分を薬袋又は医師の指示ラベルの付いた容器に入れて下さい